CRISES PSYCHOGÈNES NON ÉPILEPTIQUES

Comment poser, annoncer et communiquer le diagnostic ?

Dossier coordonné par Coraline Hingray

Les crises psychogènes non épileptiques (CPNE, ou CNEP) sont définies comme des manifestations cliniques paroxystiques, transitoires, pouvant comporter des signes moteurs, sensoriels, végétatifs, psychologiques et/ou cognitifs mais qui, contrairement aux crises épileptiques, ne sont pas associées à une décharge neuronale corticale excessive concomitante.

La proximité sémiologique des CPNE avec les crises d'épilepsie et leur intrication possible avec celles-ci rend leur diagnostic parfois complexe. Le délai diagnostique moyen de 7,2 ans reflète particulièrement cette difficulté diagnostique.

De plus, une fois le diagnostic posé, le neurologue peut parfois se sentir mal à l'aise pour annoncer au patient ce diagnostic à la frontière entre la neurologie et la psychiatrie, d'autant plus lorsqu'il est traité depuis des années par des antiépileptiques inutiles.

Enfin, malheureusement, les informations sur les crises psychogènes non épileptiques ont souvent du mal à être transmises à l'entourage du patient, mais aussi à son généraliste et au psychiatre ou au psychologue qui devraient suivre le patient...

Ainsi, pour vous aider à faire face à cette triple difficulté, nous vous proposons trois articles courts pour vous accompagner dans la phase diagnostique des patients souffrant de crises psychogènes non épileptiques.

Nous tenterons de répondre et de vous apporter des outils concrets pour répondre à ces questions :

- Comment poser le diagnostic de CPNE ?
- Comment annoncer le diagnostic de CPNE ?
- Comment communiquer sur les CPNE ?

Correspondance : *Dr Coraline Hingray - Service de Neurologie, Unité d'Epileptologie - CHU de Nancy - 24 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 54035 Nancy Cedex - E-mail : c.hingray@chu-nancy.fr*

1 Comment poser le diagnostic de CPNE ?

Une approche syndromique, un diagnostic positif

Les CPNE souffrent d'idées préconçues, parfois contradictoires : « fausses crises, pseudo-crises, les signes de ces crises, c'est du grand n'importe quoi, il n'y a aucune reproductivité, ils ont toujours les yeux fermés, ils ne peuvent pas se blesser ou uriner… ». Ce florilège reflète une méconnaissance et même parfois un malaise devant ces pathologies qui sont à la frontière de la neurologie et de la psychiatrie et qui nous placent souvent en situation d'échec.
L'objectif de cet article est de proposer une approche syndromique positive des crises psychogènes non épileptiques sous un angle neurologique et psychiatrique.

Coraline Hingray[1,2], Alice Cohn[1], Jacques Jonas[1], Thibault Mignot[2], Jean-Pierre Vignal[1], Mylène Meyer[1], Raymund Schwan[2], Louis Maillard[1]

IDÉES CLÉS

- Le diagnostic de CPNE est parfois difficile et complexe.
- Le diagnostic doit tendre vers un diagnostic positif syndromique et non uniquement d'élimination.
- Les CPNE peuvent être considérées comme un trouble dissociatif paroxystique.
- Le gold standard diagnostique est l'examen en vidéo-EEG, mais celui-ci n'est pas toujours accessible ou informatif.
- Le neurologue doit se méfier des signes cliniques isolés et se fier plutôt à des associations de signes qui permettent de caractériser différents sous-types cliniques.
- Le psychiatre devrait avoir une démarche structurée pour rechercher et identifier les facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants les CPNE.
- Il existe au moins 2 types de profils psychopathologiques de patients souffrant de CPNE.
- La collaboration entre le neurologue et le psychiatre est indispensable pour améliorer le degré de certitude diagnostique.

UNE DÉMARCHE POSITIVE POUR LE NEUROLOGUE

UNE ANAMNÈSE ÉVOCATRICE

Terrain, comorbidités et facteurs déclenchants

Les CPNE affectent les enfants et les adultes, mais avec une majorité d'adultes jeunes (20-30 ans) et de femmes (75 %).
Elles sont fréquemment associées à une épilepsie (5-30 % des patients), des antécédents de traumatismes crâniens mineurs qui sont rapportés comme facteur déclenchant par 20-30 % des patients, des antécédents de troubles des apprentissage (10 %) [1, 2].
Elles ont un impact social et professionnel considérable (seulement 20 % de patients ont une activité professionnelle [3]).

1. Service de Neurologie, Unité d'Epileptologie, CHU de Nancy
2. Centre Psychothérapeutique de Nancy (CPN), Laxou

Des comorbidités non neurologiques ont également été rapportées, notamment une prévalence plus élevée d'asthme, d'hypertension artérielle et d'ulcère gastro-duodénal, de reflux gastro-œsophagien, d'obésité… [4-7].

Le contexte clinique d'apparition des CPNE se distingue également des crises épileptiques par une fréquence souvent d'emblée importante, des admissions répétées au service d'accueil des urgences, leur survenue plus fréquente au cours

des crises ou d'examens complémentaires d'imagerie, au décours d'une anesthésie ou d'une chirurgie [8]. Des facteurs déclenchants classiquement rapportés dans les crises épileptiques sont en fait plus souvent retrouvés dans les CPNE, comme la stimulation lumineuse, l'hyperventilation.

Une réponse favorable aux antiépileptiques n'élimine pas une CPNE (observée dans 40 % des cas) [9].

Ces facteurs biographiques peuvent être une aide diagnostique afin d'être capable d'évoquer le diagnostic de CPNE, **mais ne permettent en aucun cas de poser un diagnostic de certitude au niveau individuel**.

Analyse du discours du patient

L'analyse du discours de patients lorsqu'ils décrivent leur CPNE est également riche d'informations. En effet, leur discours spontané se caractérise par des difficultés à évoquer de façon précise les symptômes subjectifs éventuels de leur crise, un travail de formulation absent, une description pauvre en détails, le plus souvent éludée, incomplète formulée de façon négative (« *Je ne me souviens de rien, je ne sais pas ce qui s'est passé* ») [10]. Là encore, ces éléments de discours constituent **des signes d'orientation**, mais ne permettent pas à eux seuls de poser le diagnostic de CPNE.

Seule la sémiologie clinique de crises obtenue par les témoins oculaires - et si possible enregistrées en vidéo - et l'analyse de l'EEG au cours de l'évènement clinique permettent d'asseoir le diagnostic avec certitude.

UNE SÉMIOLOGIE DES CRISES ÉVOCATRICES

Méfiance des signes cliniques isolés trompeurs

Certains signes cliniques des crises ont été rapportés comme évocateurs de CPNE : une durée longue, une évolution fluctuante des signes cliniques qui s'atténuent puis réapparaissent au cours de la même crise, le caractère asynchrone des mouvements lorsqu'ils sont bilatéraux, les mouvements de flexion et d'extension du bassin, les mouvements de dénégation de la tête, la fermeture des yeux, les pleurs critiques, une prise de posture en opisthotonos [11, 12]. Toutefois, **aucun de ces signes pris individuellement n'est pathognomonique ou sensible**, et ne permet donc d'affirmer le diagnostic de CPNE.

De plus, **le caractère traumatique de la crise, la perte d'urine ou la morsure du bout de la langue ne permettent pas de réfuter le diagnostic de CPNE**.

Vers une approche syndromique des signes critiques des CPNE

Plusieurs études basées sur l'analyse sémiologique en vidéo-EEG des CPNE ont permis d'identifier des associations caractéristiques de signes critiques au cours de CPNE conduisant à l'identification de 5 sous-types cliniques. Ces sous-types sont souvent reproductibles chez le même patient (dans 60 % des cas), ont été observés indépendamment du contexte culturel et social, pourraient refléter des mécanismes anatomo-fonctionnels distincts [11]. Il s'agit de :

- hyperkinétique brève, avec activité gestuelle automatique à caractère émotionnel (32 %) ;
- hyperkinétique prolongée, avec implication axiale (16 %) ;
- hyperkinétique prolongée, sans manifestation axiale avec hyperventilation (12 %) ;
- paucikinétique avec contact préservé (23 %) ;
- "pseudo-syncope", ou "dialeptique" (17 %).

Leurs caractéristiques sémiologiques et leur principal diagnostic différentiel sont décrits dans le tableau 1.

Question de la suggestion

Les CPNE peuvent être évoquées par des manœuvres de provocation au cours de la vidéo-EEG comme l'hyperpnée, la SLI, renforcées par une information verbale du patient concernant le potentiel activateur de ces méthodes [13].

DES NIVEAUX DE CERTITUDE DIFFÉRENTS

L'enregistrement en vidéo-EEG des CPNE et leur interprétation par un clinicien expérimenté constituent la méthode de référence pour le diagnostic.

Au moment de poser le diagnostic neurologique de CPNE, il est très important de garder à l'esprit le degré de certitude associé à ce diagnostic et qui dépend du degré avec lequel les CPNE ont été documentées (résumé dans le tableau 2). En effet, l'examen vidéo-EEG n'est pas disponible pour tous les patients [12].

UNE DÉMARCHE POSITIVE POUR LE PSYCHIATRE

Beaucoup de psychiatres pensent que les CPNE ont disparu quelque temps après Charcot. Pourtant, le psychiatre a toute sa place dans la démarche diagnostique pour conforter ou non le diagnostic de CPNE supposé par le neurologue.

Dans un premier temps, le psychiatre doit suivre une démarche structurée pour rechercher les différents facteurs de vulnérabilité (**P**rédisposants), déclenchants (**P**récipitants) et de maintien (**P**erpétuants) : **les 3 P.** Puis, il peut s'appuyer sur des profils psychopathologiques distincts (association spécifique d'éléments d'anamnèse

Tableau 1 – Les sous-types cliniques de CPNE.

	Crises hyperkinétiques			Crises pauci-kinétiques avec contact préservé	Crises "pseudo-syncope" (ou dialeptiques)
	Crises brèves avec activité automatique émotionnelle	Crises prolongées, sans manifestations axiales	Crises prolongées avec manifestations axiales		
Fréquence	**32 %**	**12 %**	**16 %**	**23 %**	**17 %**
Début/Fin	Non discriminant	Progressifs	Progressifs	Progressifs	Brutaux
Durée	Moins de 5 min (61,5 % de 1 à 5 min)	Plus de 5 min (80 %)	Plus de 5 min (80 %)	Variable	Moins de 5 min (67 % < 1 min)
Contact	Non discriminant Variable	Non discriminant Variable	Non discriminant Variable	Préservé	Altéré, yeux fermés (71 %)
Axe	Non discriminant	Immobile	Flexion/extension Opistotonos possible	Immobile	Immobile
Mouvements membres	Postures dystoniques fréquentes	Variés et fluctuants (dystoniques, tremblements, clonies...)	Dystoniques	Souvent focaux Peu de mouvements Tremblements fins distaux	Clonies Tremblements irréguliers Myoclonies
Autres éléments sémiologiques caractéristiques d'une classe	Activité gestuelle émotionnelle Colère Peur	Hyperventilation Rotation axiale de la tête Fluctuation Aura/prodromes possibles	Gémissements Hyperventilation Fluctuation de l'intensité des symptômes Aura possible	Manifestations subjectives possibles	Hyperventilation possible Mouvement de négation (38,1 %)
Diagnostic différentiel	Crises temporales ou insulo-cingulaires	Crises frontales ou préfrontales	Crises préfrontales médianes ou insulaires	Crises partielles motrices Myoclonies Tremblements	Syncope (+/- secondairement convulsivante)

Tableau 2 - Niveaux de certitude diagnostique pour le diagnostic de CPNE [12].

Niveau de certitude	Eléments d'anamnèse (facteurs biographiques, description de ses crises par le patient...)	Description de la crise	Examen EEG
Diagnostic possible	Compatibles avec CPNE	Par un témoin ou par autodescription	**Absence d'activité épileptiforme lors d'un EEG intercritique de routine ou après privation de sommeil**
Diagnostic probable	Compatibles avec CPNE	Par un clinicien présent ou ayant lui-même visionné l'enregistrement vidéo de la crise montrant des éléments sémiologiques en faveur de CPNE	**Absence d'activité épileptiforme lors d'un EEG intercritique de routine ou après privation de sommeil**
Diagnostic cliniquement établi	Compatibles avec CPNE	Par un clinicien expérimenté dans le diagnostic des troubles convulsifs (vidéo ou présence directe), constatant des éléments sémiologiques en faveur de CPNE, sans EEG concomitant	**Absence d'activité épileptiforme lors d'un EEG intercritique ou d'un EEG au cours d'une crise atypique dont la sémiologie pourrait laisser présager une activité électrique épileptiforme**
Diagnostic documenté	**Compatibles avec CPNE**	**Par un clinicien expérimenté dans le diagnostic des troubles convulsifs (vidéo ou présence directe), constatant des éléments sémiologiques en faveur de CPNE, avec EEG concomitant**	**Absence d'activité épileptiforme avant, au cours ou immédiatement après une crise enregistrée en vidéo-EEG avec présence d'éléments sémiologiques en faveur de CPNE**

et psychologique) qui caractérisent les patients souffrant de CPNE pour aider au diagnostic de crises psychogènes non épileptiques.

RECHERCHE DES FACTEURS PRÉDISPOSANTS, DE VULNÉRABILITÉ

Nous vous présentons la démarche structurée dans le tableau 3 et le profil psychopathologique dans le tableau 4.

RECHERCHE DES FACTEURS PRÉCIPITANTS

Les facteurs précipitants peuvent se distinguer en 2 catégories :

• Ceux survenant **dans l'année précédant l'apparition des symptômes** : un nouveau traumatisme ou une situation qui déclenche un rappel de traumatisme tel qu'une date anniversaire ou autre, des situations stressantes comme un décès ou une maladie grave d'un proche, des situations conflictuelles...

• Ceux **présents régulièrement juste avant l'apparition des crises** : l'anxiété, la tristesse, la colère, l'impuissance ou même des émotions positives. Mais aussi des situations de conflit, frustrations ou nécessitant de la patience peuvent également être retrouvées comme facteurs déclenchants ainsi que les consultations et examens médicaux [14].

Mais **seule une minorité de patients peut les identifier lors de l'évaluation initiale** [30].

De plus, **des situations apparemment neutres** ou des fluctuations émotionnelles très modestes **peuvent également déclencher ce type de crise** probablement par le biais de réponses conditionnées [31].

RECHERCHE DES FACTEURS PERPÉTUANTS, DE MAINTIEN

Les facteurs sont considérés comme perpétuants ou de maintien quand ils apparaissent après l'apparition des symptômes.

L'attention et l'anxiété des proches qui est fréquente. La multiplicité des visites médicales et des tests, le nomadisme médical, le refus de l'étiologie psychogène, la dépression et l'anxiété peuvent perpétuer les CPNE. Toutes les situations provoquant de la détresse et, plus classiquement, l'identité de malade, des gains financiers ou sociaux peuvent être des facteurs perpétuants forts [14].

Aucun facteur pris individuellement ne peut attester le diagnostic CPNE. Les patients épileptiques peuvent partager aussi ces facteurs. D'où la nécessité de raisonner avec des ensembles de symptômes, des profils.

PROFILS PSYCHOPATHOLOGIQUES DISTINCTS

Plusieurs études ont tenté d'établir des profils psychopathologiques distincts des patients CPNE [2, 32-36]. Les différentes conclusions reflètent une hétérogénéité de la population souffrant de CPNE.

Nous vous proposons une synthèse de ces différentes études et une vision personnelle de manière très schématique sous forme d'un tableau (Tab. 5) avec deux profils principaux. Un patient peut présenter les caractéristiques d'un profil mixte et les patients de chaque profil ne présentent pas forcément la totalité des caractéristiques.

Mais cette synthèse est **une aide pour se repérer et orienter le diagnostic**.

CONCLUSION

Nous avons tenté de démontrer l'importance du double regard neurologique et psychiatrique pour poser le diagnostic de crises psychogènes non épileptiques.

Dans le cas de ces pathologies à la frontière entre la neurologie et la psychiatrie, il est indispensable de créer des liens forts avec un ou des psychiatres pour faciliter le diagnostic puis la prise en charge.

Il existe des associations significatives de sous-types sémiologiques avec les profils psychologiques. Par exemple, les patients ayant des antécédents d'abus sexuels présentent plus de perturbations psychologiques et sont plus susceptibles de

> **Le neurologue peut-il rechercher lui-même les antécédents traumatiques ?**
>
> Oui, s'il se sent à l'aise pour gérer de possibles réactions émotionnelles. Il doit aussi faire attention de ne pas présupposer que le ou la patient(e) en face de lui a forcément vécu un traumatisme ou un viol… Il doit avoir suffisamment de temps et avoir établi au préalable une relation de confiance avec son patient.

> **Certains patients ne présentent pas d'antécédent traumatique**
>
> Le traumatisme semble être une étiologie moins importante dans certains sous-groupes de patients, comme par exemple : les hommes, les individus avec un début des crises tardif et les personnes ayant des difficultés d'apprentissage [3].

Tableau 3 - Démarche structurée pour rechercher les facteurs prédisposants.		
	POURQUOI ?	**COMMENT ?**
Rechercher des antécédents traumatiques	Forte prévalence de traumatisme. Souvent répétition et multiplicité des évènements traumatiques tout au long de la vie. Il est courant de rencontrer des patientes ayant vécu, par exemple, une négligence émotionnelle et des abus sexuels dans l'enfance et qui subissent par la suite des violences conjugales physiques et psychologiques.	**Etablir une relation de confiance.** Aborder ces questions en **seconde partie d'entretien**. **Explorer, par des questions simples :** les agressions physiques sexuelles, accidents, violences conjugales, dépréciation et insultes récurrentes, harcèlement, décès brutaux ou traumatisants, annonce de maladie grave… **Utilisation possible de questionnaires :** • *Childhood Traumatic Questionnaire* (CTQ) • Liste des évènements de vie • *Clinician Administered PTSD Scale* (CAPS).
Rechercher une tendance dissociative	**La forte tendance dissociative est considérée comme un important facteur de risque des CPNE.** *Les patients décrivent souvent bien : « Je me déconnecte, mon cerveau se met en veille, je suis là sans être là ».*	***Dissociative Experience Scale* (DES)** Le patient cote entre 0 et 100 % en fonction de la fréquence à laquelle différentes expériences lui arrivent. *Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe.* *Certaines personnes constatent que, parfois, elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose.* *Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un évènement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet évènement.* ***Somatoforme Dissociative Questionnaire* (SDQ)** est spécifique de la dissociation somatoforme.
Rechercher les comorbidités psychiatriques	**Le degré de comorbidité psychiatrique est positivement corrélé avec la sévérité de CPNE, et la détérioration de la qualité de vie de ces patients.**	Chercher l'**histoire psychiatrique personnelle et familiale**, les hospitalisations en psychiatrie, les tentatives de suicide et les traitements psychotropes. **Entretien semi-structuré MINI :** *MINI International Neuropsychiatric Interview*.
Rechercher des troubles de la personnalité	**Trouble de la personnalité borderline**, le plus souvent associé. Une personnalité histrionique n'est que plus rarement associée.	Echelle de personnalité type SCID 2 : *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*
Rechercher des caractéristiques psychologiques	Patients pensant que leur état de santé est dépendant de facteurs extérieurs. Moins susceptibles que les patients atteints d'épilepsie de reconnaître le stress ou les facteurs émotionnels comme causes possibles de leurs crises. Plutôt tendance à fuir/éviter qu'à faire face aux évènements difficiles.	**Echelle de locus de santé :** *Multi-dimensional Health Locus of Control* (MHLC). **Echelle de stratégie de coping :** *Brief COPE.*
Rechercher des perturbations émotionnelles	Perturbation des zones sensori-motrices et cognitives du cerveau par les aires impliquées dans le traitement des émotions. **Forte alexithymie :** difficulté à percevoir, identifier et verbaliser ses émotions.	**Echelle TAS 20 :** *Toronto Alexithymia Scale*

Tableau 4 - Profil psychopathologique des patients souffrant de CPNE.
75 % d'antécédents de traumatisme [14-16] • Evénements traumatiques généraux de 76 à 100 % • Abus physiques ou sexuels entre 50 et 77 % • Abus sexuels dans l'enfance de 36 % à 41 % • Souvent différents types de traumatismes, répétés, tout au long de la vie
Forte tendance dissociative • Scores élevés de dissociation [17, 18]
70 à 95 % de comorbidités psychiatriques [1, 3, 19, 20] • Troubles anxieux (jusqu'à 50 %), dont principalement le syndrome de stress post-traumatique (25 %) • Troubles de l'humeur, dont principalement épisode dépressif majeur (entre 50 et 80 %) • Autres troubles dissociatifs (de 20 à 90 %) • Autres troubles somatoformes (de 20 à 80 %), en particulier douleur chronique • Degré de comorbidité psychiatrique corrélé à la détérioration de la qualité de vie et à la sévérité [3, 21-23]
30 % de troubles de la personnalité • Surtout cluster B : borderline [3] • Moins histrionique • Pas de profil spécifique
Dimensions psychologiques • Locus de santé externe [17] • Stratégie de coping : fuite et évitement, hostilité [1]
Perturbations émotionnelles • Alexithymie (50 à 85 %) [24], profil de dérégulation émotionnelle • Perturbation du SNA : cortisol basal élevé [25], variabilité cardiaque diminuée [26] • Perturbations anatomo-fonctionnelles [27-29]

Tableau 5 - Proposition synthétique de la distinction de deux profils psychopathologiques.

		PROFIL 1	PROFIL 2
Facteurs prédisposants	**Données biographiques**	**Femme en majorité**	**Homme plus représenté (> 25 %)** Difficultés d'apprentissage Faible niveau scolaire
Facteurs prédisposants	**Age au début des CPNE**	Plus précoce	Plus tardif
Facteurs prédisposants	**Antécédents médicaux**	Epilepsie possible	Epilepsie possible Traumatisme crânien Graves problèmes médicaux
Facteurs prédisposants	**Traumatismes**	**Très fréquents** Souvent **multiples** (émotionnels, sexuels, physiques) **répétés** Dès l'enfance	**Rare** Plutôt unique
Facteurs prédisposants	**Tendance dissociative**	Forte Vécu d'expériences dissociatives quotidiennes	Faible
Facteurs prédisposants	**Antécédents psychiatriques**	**Nombreux** Tentative de suicide, automutilations Hospitalisation	Peu
Facteurs prédisposants	**Comorbidités psychiatriques actuelles**	Multiples	Peu ou absentes
Facteurs prédisposants	**Traits de personnalité**	Fréquent (cluster B) **Traits de personnalité borderline**	Rare Traits obsessionnels ou de dépendance **Tendance à la somatisation**
Facteurs prédisposants	**Régulation émotionnelle**	**Forte alexithymie** **Difficulté à contrôler ses émotions**	Peu d'alexithymie
Facteurs précipitants		Sentiment d'impuissance Anxiété	Colère, frustrations Situations nécessitant de la patience
Facteurs perpétuants		Refus de l'étiologie psychogène Restriction des activités	Attention de l'entourage Identité de malade Arrêt maladie
Mécanismes sous-jacents		Processus dissociatif	Mécanismes plus neurobiologiques ? Somatisation ?
Qualité de vie		Très mauvaise	Altérée

La dissociation



Notion différente de la discordance/dissociation du patient schizophrène.
La dissociation est une perte d'unité transitoire des fonctions normalement intégrées comme l'identité, la mémoire, la conscience et les fonctions sensori-motrices.

Au quotidien

La dissociation est un état que l'on peut tous expérimenter au quotidien dans des tâches automatiques ou répétées.

« Vous avez peut-être déjà fait l'expérience, en conduisant, de soudainement réaliser que vous ne vous souvenez pas de ce qui est arrivé pendant tout ou partie du trajet. Vous avez pu freiner, accélérer, prendre la bonne route tout en étant complétement absorbé par vos pensées et sans inscrire précisément ce trajet dans votre mémoire. »
« Ou parfois vous pouvez constater que vous ne vous souvenez pas si vous avez fait quelque chose ou si vous avez juste pensé que vous alliez le faire (comme poster une lettre). »

En état d'hypnose

L'état hypnotique est un état dissociatif.

Lors d'un traumatisme

La dissociation est reconnue comme un mécanisme commun de défense contre le traumatisme. Elle permet un maintien du contrôle comportemental face à une menace avec une autonomie des fonctions sensorimotrices, alors que les fonctions émotionnelles sont déconnectées.

Par exemple : une patiente décrit très bien que, lorsqu'elle subissait des viols répétés durant son enfance, son corps était dans le lit mais, elle, elle était dans un champ, allongée sous un arbre. Elle entendait un ruisseau, les oiseaux, et sentait la chaleur agréable du soleil.

De manière chronique et pathologique

Ce mécanisme peut devenir progressivement pathologique lorsqu'il se chronicise en dehors du traumatisme et devient un mécanisme de recours au moindre stress. Les CPNE peuvent être considérées comme un trouble dissociatif paroxystique.

présenter des signes graves tels que l'incontinence urinaire ou des blessures lors de leurs CPNE [37]. Notre équipe a mis en évidence un lien fort entre vécu de traumatismes répétés dans l'enfance et crises hyperkinétiques.
La combinaison de l'approche neurologique et psychiatrique pourrait ainsi conduire à une délimitation syndromique du large spectre des patients souffrant de CPNE. ■

Mots-clés : **Crises psychogènes non épileptiques, Epidémiologie, Diagnostic, Diagnostic différentiel, Neurologue, Psychiatre, Facteurs de vulnérabilité, Facteurs déclenchants, Facteurs perpétuants, Vécu traumatique, Sémiologie, Crises hyperkinétiques, Pseudo-syncope, Vidéo-EEG**

BIBLIOGRAPHIE

1. Bodde NMG, Brooks JL, Baker GA et al. Psychogenic non-epileptic seizures, Definition, etiology, treatment and prognostic issues: a critical review. Seizure 2009 ; 18 : 543-53.
2. Duncan R, Oto M. Psychogenic nonepileptic seizures in patients with learning disability: comparison with patients with no learning disability. Epilepsy Behav EB 2008 ; 12 : 183-6.
3. Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures: answers and questions. Epilepsy Behav EB 2008 ; 12 : 622-35.
4. Elliott JO, Charyton C. Biopsychosocial predictors of psychogenic non-epileptic seizures. Epilepsy Res 2014 ; 108 : 1543-53.
5. Tojek TM, Lumley M, Barkley G et al. Stress and other psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. Psychosomatics 2000 ; 41 : 221-6.
6. Marquez AV, Farias ST, Apperson M et al. Psychogenic nonepileptic seizures are associated with an increased risk of obesity. Epilepsy Behav 2004 ; 5 : 88-93.
7. De Wet CJ. Pseudoseizures and asthma. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003 ; 74 : 639-41.
8. Lichter I, Goldstein LH, Toone BK, Mellers JDC. Nonepileptic seizures following general anesthetics: a report of five cases. Epilepsy Behav EB 2004 ; 5 : 1005-13.
9. Alessi R, Valente KD. Psychogenic nonepileptic seizures: Should we use response to AEDS as a red flag for the diagnosis? Seizure [Internet]. [cité 22 sept 2014]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1059131114002155
10. Plug L, Sharrack B, Reuber M. Conversation analysis can help to distinguish between epilepsy and non-epileptic seizure disorders: a case comparison. Seizure 2009 ; 18 : 43-50.
11. Hubsch C, Baumann C, Hingray C et al. Clinical classification of psychogenic non-epileptic seizures based on video-EEG analysis and automatic clustering. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2011 ; 82 : 955-60.
12. Lafrance WC Jr, Baker GA, Duncan R et al. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: a staged approach. A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. Epilepsia 2013 ; 54 : 2005-18.
13. Hoepner R, Labudda K, Schoendienst M et al. Informing patients about the impact of provocation methods increases the rate of psychogenic nonepileptic seizures during EEG recording. Epilepsy Behav 2013 ; 28 : 457-9.
14. Reuber M, Howlett S, Khan A, Grunewald RA. Non-epileptic seizures and other functional neurological symptoms: predisposing, precipitating, and perpetuating factors. Psychosomatics 2007 ; 48 : 230-8.
15. Sharpe D, Faye C. Non-epileptic seizures and child sexual abuse: a critical review of the literature. Clin Psychol Rev 2006 ; 26 : 1020-40.
16. Fiszman A, Alves-Leon SV, Nunes RG et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a

BIBLIOGRAPHIE (Suite)

critical review. Epilepsy Behav EB 2004 ; 5 : 818-25.

17. Goldstein LH, Drew C, Mellers J et al. Dissociation, hypnotizability, coping styles and health locus of control: characteristics of pseudoseizure patients. Seizure J Br Epilepsy Assoc 2000 ; 9 : 314-22.

18. Prueter C, Schultz-Venrath U, Rimpau W. Dissociative and associated psychopathological symptoms in patients with epilepsy, pseudoseizures, and both seizure forms. Epilepsia 2002 ; 43 : 188-92.

19. Mondon K, de Toffol B, Praline J et al. Comorbidité psychiatrique au cours des événements non épileptiques : étude rétrospective dans un centre de vidéo-EEG. Rev Neurol (Paris) 2005 ; 161 : 1061-9.

20. Mökleby K, Blomhoff S, Malt UF et al. Psychiatric comorbidity and hostility in patients with psychogenic nonepileptic seizures compared with somatoform disorders and healthy controls. Epilepsia 2002 ; 43 : 193-8.

21. Reuber M, House AO, Pukrop R et al. Somatization, dissociation and general psychopathology in patients with psychogenic non-epileptic seizures. Epilepsy Res 2003 ; 57 : 159-67.

22. LaFrance WC, Syc S. Depression and symptoms affect quality of life in psychogenic nonepileptic seizures. Neurology 2009 ; 73 : 366-71.

23. Lawton G, Mayor RJ, Howlett S, Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures and health-related quality of life: the relationship with psychological distress and other physical symptoms. Epilepsy Behav 2009 ; 14 : 167-71.

24. Bewley J, Murphy PN, Mallows J, Baker GA. Does alexithymia differentiate between patients with nonepileptic seizures, patients with epilepsy, and nonpatient controls? Epilepsy Behav 2005 ; 7 : 430-7.

25. Bakvis P, Spinhoven P, Giltay EJ et al. Basal hypercortisolism and trauma in patients with psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia 2010 ; 51 : 752-9.

26. Ponnusamy A, Marques JLB, Reuber M. Heart rate variability measures as biomarkers in patients with psychogenic nonepileptic seizures: potential and limitations. Epilepsy Behav 2011 ; 22 : 685-91.

27. Baslet G. Psychogenic non-epileptic seizures: a model of their pathogenic mechanism. Seizure 2011 ; 20 : 1-13.

28. Van der Kruijs SJM, Bodde NMG, Vaessen MJ et al. Functional connectivity of dissociation in patients with psychogenic non-epileptic seizures. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2012 ; 83 : 239-47.

29. Van der Kruijs SJM, Jagannathan SR, Bodde NMG et al. Resting-state networks and dissociation in psychogenic non-epileptic seizures. J Psychiatr Res 2014 ; 54 : 126-33.

30. Duncan R, Oto M. Predictors of antecedent factors in psychogenic nonepileptic attacks: multivariate analysis. Neurology 2008 ; 71 : 1000-5.

31. Roberts NA, Reuber M. Alterations of consciousness in psychogenic nonepileptic seizures: Emotion, emotion regulation and dissociation. Epilepsy Behav 2014 ; 30 : 43-9.

32. Magaudda A, Gugliotta SC, Tallarico R et al. Identification of three distinct groups of patients with both epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav EB 2011 ; 22 : 318-23.

33. Uliaszek AA, Prensky E, Baslet G. Emotion regulation profiles in psychogenic non-epileptic seizures. Epilepsy Behav EB 2012 ; 23 : 364-9.

34. Hingray C, Maillard L, Hubsch C et al. Psychogenic nonepileptic seizures: characterization of two distinct patient profiles on the basis of trauma history. Epilepsy Behav 2011 ; 22 : 532-6.

35. Reuber M, Pukrop R, Bauer J et al. Multidimensional assessment of personality in patients with psychogenic non-epileptic seizures. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004 ; 75 : 743-8.

36. Brown RJ, Bouska JF, Frow A et al. Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav 2013 ; 29 : 178-83.

37. Selkirk M, Duncan R, Oto M, Pelosi A. Clinical differences between patients with nonepileptic seizures who report antecedent sexual abuse and those who do not. Epilepsia 2008 ; 49 : 1446-50.

Les coordinateurs vous présentent leurs ateliers

15 - 16 - 17 DÉCEMBRE 2014 • PARIS







ATELIER « CEPHALEES-MIGRAINE » - *Mercredi 17 décembre 2014 - de 9h30 à 12h00*

Coordination : Christian Lucas (Lille) et Michel Lantéri-Minet (Nice)

Cette année, nous avons choisi d'articuler la matinée en deux parties bien distinctes.

La première portera sur l'imagerie :

• **Hypersignaux de substance blanche (HSB) en IRM** : tous les neurologues sont régulièrement interpellés par cette thématique, avec parfois des demandes pressantes de consultation liées à la peur d'une éventuelle SEP ou d'une maladie neuro-inflammatoire au sens large... Qu'en est-il exactement des localisations anatomiques des HSB dans la migraine, d'un éventuel risque neuro-cognitif pour le patient ? C'est ce qui sera développé en début de matinée par **Christian Lucas**.

• **Imagerie de l'hypotension et de l'hypertension intracrânienne** : la sémiologie clinique de l'hypotension intracrânienne avec son caractère orthostatique est relativement aisée. De même, un tableau de céphalées progressives avec troubles digestifs et éventuellement visuels fait rapidement évoquer une hypertension intracrânienne. En revanche, la sémiologie neuroradiologique de ces deux entités est sans doute moins connue. Vous en connaitrez toutes les subtilités à l'issue de la présentation de **Michel Lantéri-Minet**.

La seconde partie de matinée sera clinique, et dévolue à des entités rares mais qui se doivent d'être maîtrisées par tout neurologue :

• **Névralgies rares** : tout neurologue connaît la névralgie du trijumeau. Mais connaissez-vous la névralgie du glossopharyngien ? Le syndrome cou-langue ? Ces entités rares, mais à connaître, vous seront présentées par **Dominique Valade**.

• **Syndromes périodiques de l'enfant** : ils sont reconnus comme des "précurseurs de la migraine", et se manifestent par des accès épisodiques entre lesquels l'enfant est en parfaite santé. Le torticolis paroxystique bénin, le vertige paroxystique bénin, le syndrome des vomissements cycliques et la migraine abdominale n'auront plus de secret pour vous après la présentation d'**Anne Donnet**.

voir également p.329, 334, 366, 367

POUR PLUS D'INFORMATION : www.rencontresdeneurologies.fr

2 Comment annoncer le diagnostic de CPNE ?

Une méthode concrète d'annonce diagnostique

L'annonce du diagnostic des crises psychogènes non épileptiques est une étape capitale qui va déterminer la compréhension et l'acceptation par le patient du diagnostic, et également son adhésion à la stratégie thérapeutique qui en découle. Elle influe fortement sur l'évolution et le pronostic, au moins à court terme [1-3]. Cette annonce est un exercice difficile car ce diagnostic vient souvent se substituer ou compléter un diagnostic préalable et erroné ou incomplet d'épilepsie, parfois établi depuis plusieurs années. Il n'est pas rare également que le clinicien lui-même soit gêné par un sentiment de doute concernant la réalité nosologique de ces CPNE et du handicap qu'elles génèrent.

Coraline Hingray[1,2], Jacques Jonas[1], Alice Cohn[1], Raluca Brazdes-Tapin[2], Thibault Mignot[2], Raymund Schwan[2], Louis Maillard[1]

IL EXISTE DES MÉTHODES D'ANNONCE CONCRÈTES AVEC DES ÉTAPES CLÉS

Il est tout d'abord capital de répéter que l'annonce diagnostique doit reposer sur une démarche diagnostique rigoureuse et documentée dont l'examen vidéo-EEG des crises constitue le critère principal (cf. article approche diagnostique). De plus, il est maintenant établi que la manière dont est effectuée l'annonce de l'origine psychogène des crises a un fort impact sur le pronostic et l'évolution des patients souffrant de CPNE.

Votre attitude lors de cette annonce diagnostique est donc déterminante.

Les principaux messages à faire passer sont les suivants :

- « *Ce n'est pas de la simulation, on vous croit* » ;
- « *C'est une vraie maladie* » ;
- « *C'est une bonne nouvelle* ».

Plus le clinicien est certain du diagnostic et à l'aise avec les explications concernant l'annonce du diagnostic de CPNE, plus il y a de chances d'acceptation du diagnostic par le patient et sa famille.

L'ANNONCE DIAGNOSTIQUE : LES DIFFÉRENTES STRATÉGIES PUBLIÉES

Le clinicien est parfois mal à l'aise pour annoncer et expliquer le diagnostic de CPNE et des symptômes fonctionnels, en règle générale. Pour surmonter cet obstacle, plusieurs équipes ont travaillé sur des modèles d'annonce structurés.

Plusieurs stratégies de communication d'annonce ont été proposées et publiées. Il n'existe pas d'étude comparative entre les 4 stratégies de communication proposées qui sont assez proches.

IDÉES CLÉS

- L'annonce du diagnostic est une étape capitale.
- Elle peut être source d'un certain inconfort pour le neurologue.
- Elle conditionne le pronostic.
- Les principaux messages à faire passer sont les suivants:
  - « Ce n'est pas de la simulation, on vous croit »
  - « C'est une vraie maladie »,
  - « C'est une bonne nouvelle »

LA STRATÉGIE DE COMMUNICATION DE SHEN ET SES COLLABORATEURS [4]

- Utiliser une vision optimiste dans l'annonce du diagnostic (« *Bonne nouvelle, les crises ne sont pas dues à une épilepsie* »), asso-

1. Service de Neurologie, Unité d'Epileptologie, CHU de Nancy
2. Centre Psychothérapeutique de Nancy (CPN), Laxou

ciée à une explication des résultats de la vidéo-EEG.
• Reconnaître les limites actuelles de la science (« *On ne connaît pas la cause exacte de ces crises* »).
• Mettre en avant le rôle des émotions et des évènements à caractère traumatique (abus sexuel dans les antécédents personnels) dans l'apparition de CPNE.
• Pointer les effets dangereux de la continuation du traitement antiépileptique, qui n'a aucun effet sur les CPNE.
• Présenter l'intérêt et les bénéfices attendus d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique.
• Poursuivre le suivi neurologique.

LA STRATÉGIE DE COMMUNICATION DE MELLERS [5]

• Présenter des arguments qui infirment le diagnostic d'épilepsie et expliquer le phénomène de

Tableau 1 - Stratégie de communication.

EN PRATIQUE
Tranquilliser votre patient sur la réalité de la maladie et son impact • « *Vos symptômes sont bien réels, vous font souffrir. Ils peuvent fortement perturber votre vie et déstabiliser votre entourage.* » • Ne pas minimiser l'impact que les crises ont sur la vie quotidienne du patient.
Donner un nom • Donner un nom pour les crises : crises psychogènes non épileptiques (CPNE) ou crises non épileptiques psychogènes (CNEP). • Donner les autres noms, synonymes, que le patient peut entendre ou trouver, en particulier celui de pseudocrises, tout en expliquant que ce terme n'est absolument pas approprié et péjoratif.
Rassurer le patient sur le fait qu'il s'agit d'une affection réelle et reconnue • Expliquer que psychogène ne veut pas dire volontaire ou simulé. • Expliquer que c'est une vraie maladie, réelle et que les médecins le croient. • Mais, contrairement aux crises épileptiques, il n'y a pas de décharge électrique anormale des neurones du cerveau.
Expliquer que c'est une pathologie courante et gênante • Un patient sur 4 ou 5 hospitalisé comme vous en vidéo-EEG souffre de crises psychogènes non épileptiques.
Expliquer que le diagnostic est très difficile, et pourquoi un diagnostic d'épilepsie a pu être posé à tort • Si le patient a reçu des traitements antiépileptiques avant que le diagnostic ne soit établi : expliquer que le diagnostic est très difficile ; que l'enregistrement vidéo et l'examen du patient pendant la crise permettent de corriger le diagnostic ; que l'on va progressivement diminuer le traitement. • Si le patient a une épilepsie avérée associée, lui expliquer, ainsi qu'à son entourage, les signes qui permettent de différencier ses crises épileptiques habituelles des crises psychogènes non épileptiques.
Expliquer les causes et facteurs possibles. Il existe 3 types de facteurs : • **Prédisposants** : certaines personnes qui souffrent de crises ont subi des traumatismes, ont une fragilité psychologique liée à leur histoire ou encore ont du mal à exprimer leurs émotions. Mais il est parfois difficile de trouver les causes. • **Déclenchants/précipitants** : peuvent être associés au stress/aux émotions positives ou négatives, mais il n'est pas toujours facile de les identifier. • **De maintien/perpétuants :** Cercle vicieux : inquiétude/anxiété → stress → crise → inquiétude/anxiété. De plus, l'attention et l'inquiétude de l'entourage, des médecins, sur ces crises peuvent aussi les favoriser.
Fournir un modèle d'explication des crises, parler de dissociation • Par exemple, le cerveau devient surchargé et s'arrête, se déconnecte, s'éteint. • Insister sur le phénomène de dissociation, de déconnexion : « *A un moment, c'est comme si votre corps, vos bras, vos jambes n'étaient plus connectés avec votre cerveau. C'est une perte d'unité transitoire entre votre conscience et votre corps* ».
Clarifier le traitement • Les médicaments antiépileptiques n'ont et n'auront aucun bénéfice sur la fréquence et la gravité de vos crises. • Le traitement psychologique est efficace, et c'est le seul qui peut marcher. Il est indispensable d'être suivi et aidé. • Le traitement psychologique permet un travail sur les facteurs prédisposants, déclenchants et de maintien. Le patient pourra apprendre des techniques de régulation des émotions (comme la relaxation).
Répondre aux attentes du patient • Le patient peut s'attendre à une amélioration, les crises peuvent disparaître. • Insister sur le fait que c'est une bonne nouvelle. • Passer le message que l'on n'abandonne pas le patient et qu'on le reverra. • Le traitement antiépileptique sera arrêté. • Donner de l'espoir : une amélioration, voire une guérison sont possibles.

switching off, c'est-à-dire de dissociation.
• Dédramatiser le diagnostic : problème de santé fréquent, mais invalidant.
• Mettre en avant le rôle des facteurs de stress dans l'apparition de CPNE, mais aussi pointer la difficulté à cibler ces facteurs.
• Présenter des facteurs de maintien de CPNE.
• Diminuer progressivement, jusqu'à l'arrêt, le traitement antiépileptique.
• Décrire la prise en charge psychologique proposée.
• Inclure la famille lors de l'annonce du diagnostic.

LA STRATÉGIE DE COMMUNICATION DE DUNCAN [2]

• Expliquer le rôle de la vidéo-EEG dans le diagnostic positif de CPNE.
• Expliquer le rôle des facteurs émotionnels ou psychologiques dans l'apparition de CPNE.
• Présenter les facteurs prédisposants connus.
• Les crises ne sont pas contrôlées de manière consciente, mais le patient peut apprendre à les contrôler davantage grâce à l'aide d'un thérapeute.
• Présenter le rôle de la psychothérapie dans le contrôle de CPNE, ainsi que l'inefficacité d'un traitement médicamenteux.
• Décrire la prise en charge psychologique et chercher une adhésion à la psychothérapie proposée.

LA STRATÉGIE DE COMMUNICATION DE HALL-PATCH ET SES COLLABORATEURS (3)

• Présenter la réalité des symptômes et des manifestations de crises (pas de simulation), leur caractère déstabilisant, ainsi que la souffrance occasionnée.
• Nommer la pathologie.
• Rassurer le patient sur le fait qu'il s'agit d'une affection connue et fréquente.
• Présenter les facteurs précipitants, prédisposants et de maintien de CPNE .
• Imager un modèle pour expliquer le mécanisme de CPNE (« *surcharge dans le traitement de l'information au niveau cérébral qui conduit à un court-circuit* »).
• Expliquer l'absence d'effet du traitement antiépileptique par rapport aux bénéfices attendus d'une prise en charge psychologique.

L'ANNONCE DIAGNOSTIQUE : UNE VIDÉO PÉDAGOGIQUE, UN RÉSUMÉ PRATIQUE

Notre équipe d'épileptologie du Service de Neurologie du CHU de Nancy a créé une vidéo pédagogique, en s'inspirant surtout de la stratégie d'annonce diagnostique de Hall-Patch, mettant en scène un neurologue et une patiente souffrant de CPNE.

Elle est divisée en 2 parties :
• La première partie illustre ce qu'il est conseillé de dire.
• La seconde ce qu'il faut éviter.

La vidéo est disponible et téléchargeable gratuitement à partir de ce lien :
http://www.canalu.tv/video/canal_u_medecine/annonce_d_un_diagnostic_de_crises_non_epileptiques_psychogenes.12726

Un résumé écrit de cette stratégie de communication est détaillé dans le tableau 1.

EN CONCLUSION

Nous espérons que ces outils et techniques vous faciliteront l'annonce du diagnostic de crises psychogènes non épileptiques. Dans tous les cas, essayez de laisser du temps au patient pour assimiler, poser des questions. Puis le mieux est de fixer un nouvel entretien pour reprendre à froid les éléments de l'annonce et les questions de vos patients et leur famille. Il n'est pas rare en effet que cette annonce et les explications qui l'accompagnent doivent être reprises au cours de l'évolution. Il est également capital d'en informer rapidement et parallèlement les autres médecins (médecin traitant, psychiatre, urgentiste) et soignants impliqués dans le parcours de soin du patient, et ce de façon détaillée afin d'assurer la cohérence du diagnostic et de la prise en charge (cf. article sur la communication, voir page 347).
La qualité de votre annonce diagnostique sera déterminante pour le devenir du patient, son adhésion à la prise en charge psychothérapeutique, la disparition des crises, son recours aux services d'accueil des urgences. ■

Mots-clés :
Crises psychogènes non épileptiques, Annonce du diagnostic, Stratégies de communication

BIBLIOGRAPHIE

1. Carton S, Thompson PJ, Duncan JS. Non-epileptic seizures: patients' understanding and reaction to the diagnosis and impact on outcome. Seizure J Br Epilepsy Assoc 2003 ; 12 : 28-94.
2. Duncan R. Psychogenic nonepileptic seizures: diagnosis and initial management. Expert Rev Neurother 2010 ; 10 : 1803-9.
3. Hall-Patch L, Brown R, House A et al. Acceptability and effectiveness of a strategy for the communication of the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia 2009 ; 51 : 70-8.
4. Shen W, Bowman ES, Markand ON. Presenting the diagnosis of pseudoseizure. Neurology 1990 ; 40 : 756-9.
5. Mellers JDC. The approach to patients with "non-epileptic seizures". Postgrad Med J 2005 ; 81: 498-504.

3 Comment communiquer sur le diagnostic de CPNE ?

Que dire aux patients, aux "psys" et aux médecins traitants ?

Les crises psychogènes non épileptiques (CPNE ou CNEP) sont une pathologie fréquente à laquelle chaque neurologue est régulièrement confronté. Le diagnostic n'est pas toujours aisé mais le plus difficile est peut-être encore la façon de l'annoncer et de l'expliquer au patient, à ses proches et même à ses soignants : « Comment le dire à ma patiente sans qu'elle se sente rejetée, folle ou simulatrice ? », « Comment lui expliquer cette maladie ? », « Comment l'adresser à un confrère psychiatre ? », « Que dire à son médecin généraliste qui renouvelle depuis des années son traitement antiépileptique ? »… Voici quelques pistes pour vous aider !

Coraline Hingray[1,2], Alice Cohn[1], Jacques Jonas[1], Mylène Meyer[1], Jean-Pierre Vignal[1], Raymund Schwan[2], Louis Maillard[1]

QUE DIRE AUX PATIENTS ?

Il est maintenant bien prouvé que la manière dont est effectuée l'annonce de l'origine psychogène des crises a un fort impact sur le pronostic et l'évolution. Plusieurs auteurs ont développé et publié les points principaux, les mots-clés nécessaires lors de cette annonce. Notre équipe a réalisé une vidéo pratique à visée pédagogique pour cette annonce (cf. article Annonce diagnostique des CPNE, en page 344).

C'est un moment particulièrement éprouvant pour le patient, surtout lorsqu'il a été diagnostiqué et traité comme épileptique pendant des années. Il est alors sujet à des émotions comme l'incompréhension, la colère, la tristesse, voire le rejet….

Le patient, sous le choc de l'annonce, ne va retenir qu'une petite partie de vos explications. Ainsi, la remise de la plaquette (voir la plaquette n° 1 à la fin de cet article) **permet de garder une trace écrite à laquelle le patient et sa famille pourront se reporter.** Cette plaquette n°1 est aussi un outil intéressant à connaître pour le personnel paramédical au contact du patient, qui sera amené à répondre à ses interrogations.

COMMENT ADRESSER LE PATIENT À UN CONFRÈRE PSYCHIATRE ?

La majorité des psychiatres sont persuadés que ces crises n'existent plus depuis Charcot ou presque... Cette pathologie est encore mal connue. Ces patients ne sont quasiment plus vus en première instance par les psychiatres ! Par ailleurs, l'éclatement du concept d'hystérie dans les dernières décennies a un peu perturbé certains confrères.

Vous avez probablement déjà été confronté à la difficulté de confier votre patient à un psychiatre ou un psychologue. D'une part, le patient est souvent plus que réticent à l'idée d'aller voir un psy car il n'est pas "fou". De plus, il peut se sentir rejeté, abandonné par le neurologue. D'autre part, le rendez-vous est souvent tardif et cette attente peut être décourageante pour vous et le patient. Enfin, le psychiatre n'est pas toujours convaincu qu'il ne s'agit pas d'épilepsie ou même qu'il puisse aider le patient par rapport à cette symptomatologie. En effet, certains confères seront sceptiques, déconcertés par ces symptômes corporels paroxystiques ; d'aucuns auront même des a priori négatifs... Aussi, dans la majorité des cas, soit le patient ne verra jamais de "psy", soit il sera vu une fois ou deux et, parfois, "retourné à l'envoyeur" !

1. Service de Neurologie, Unité d'Epileptologie, CHU de Nancy
2. Centre Psychothérapeutique de Nancy (CPN), Laxou

Ce problème de transition entre neurologie et psychiatrie va irrémédiablement favoriser le nomadisme médical et la chronicisation des troubles chez ces patients un peu “ping-pong”.

L’importance du relais avec le psychiatre ou le psychologue est donc capitale. Dans l’idéal, le mieux est d’adresser le patient à un psy travaillant en neurologie ou intéressé par ces pathologies frontières neuropsychiatriques. Mais cela est malheureusement rarement possible.

Ainsi, l’intérêt de la plaquette n° 2 est de fournir quelques explications sur les crises psychogènes non épileptiques et suggérer quelques axes psychothérapeutiques. Il est aussi important de transmettre un maximum d’informations par un double du courrier médical. Sinon, le psychiatre pensera que, si le patient prend encore des antiépileptiques, c’est bien parce que ses crises sont de nature épileptique ! Et ce n’est pas le patient qui ira démentir... Le patient ne l’informera peut-être pas de la décroissance en cours ou de la comorbidité de ses crises épileptiques-crises psychogènes non épileptiques.

Cette plaquette ne résoudra pas tous les problèmes de la transition entre neurologues et psychiatres, mais elle évitera au patient de se retrouver face à un psychiatre complètement ignorant ou démuni face à cette pathologie qu’il croyait disparue... et c’est déjà ça ! **Plus le psychiatre se sentira à l’aise face à la pathologie et croira en un pronostic favorable, mieux l’alliance thérapeutique se créera.** Or, l’alliance entre le patient et son psychiatre ou psychologue est le préalable indispensable d’une psychothérapie efficace quelle qu’elle soit.

QUE DIRE À SON MÉDECIN GÉNÉRALISTE QUI RENOUVELLE DEPUIS DES ANNÉES SON TRAITEMENT ANTIÉPILEPTIQUE ?

Les généralistes ne sont pas non plus formés à cette question. Leur rôle est pourtant primordial, en tant qu’interlocuteur principal du patient. Si le généraliste n’est pas convaincu que les crises ne sont pas épileptiques et qu’il est indispensable que le patient soit suivi par un psychiatre ou un psychologue, vous pouvez être sûr que le patient ne le sera pas non plus. Il est donc indispensable de prendre le temps d’expliquer la pathologie au généraliste. **La plaquette n° 3 a pour but de délivrer des messages clairs et peut être jointe à votre courrier.** Il est important qu’il comprenne qu’aucun signe n’est pathognomonique et qu’un patient qui chute, perd ses urines, présente des secousses, voire se blesse au cours d’une crise n’est pas forcément épileptique.

Il est aussi indispensable d’être clair sur la conduite à tenir par rapport à la décroissance, puis l’arrêt des antiépileptiques. En cas d’épilepsie associée, le généraliste doit avoir reçu le maximum d’informations pour être capable de distinguer les CPNE des crises d’épilepsie. En effet, le risque reste toujours l’escalade thérapeutique.

Enfin, le généraliste est aussi en première ligne pour insister sur la nécessité d’une prise en charge psychologique et pour orienter ou réorienter le patient en cas d’échec.

CONCLUSION

Une fois cette étape de communication et d’information accomplie, ne croyez pas que votre intervention s’arrête là... En effet, **il est aussi fortement recommandé de continuer à rencontrer le patient** en neurologie de temps en temps pour s’assurer que la conduite à tenir vis-à-vis des antiépileptiques est respectée par le patient et son généraliste, pour éviter le sentiment d’abandon, vérifier la bonne adhésion aux soins psychiatriques et l’encourager ! ■

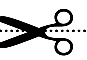
Mode d’emploi des plaquettes

Trois plaquettes à découper accompagnent cet article, elles peuvent être reproduites en les photocopiant ou en demandant une version informatique à l’auteur.

- La première s’adresse aux patients et à leur entourage. Vous pouvez la remettre au patient au moment de l’annonce diagnostique et l’encourager à la montrer à son entourage. Elle peut aussi être distribuée au personnel paramédical en contact avec ces patients.
- La seconde s’adresse aux psychiatres et/ou psychologues qui vont suivre le patient. Le mieux est de la glisser avec le courrier médical de liaison si vous réussissez à adresser le patient à un confrère en particulier. Si malheureusement, vous n’avez pas pu orienter le patient vers un professionnel en particulier et que le patient doit s’en occuper, nous vous conseillons de la remettre au patient pour qu’il la transmette au psy de son choix le moment venu.
- La troisième s’adresse au médecin traitant du patient. Le mieux est de la glisser avec le courrier médical de consultation ou d’hospitalisation.

Dans les deux plaquettes destinées aux professionnels, notre adresse mail figure en cas de demande d’information supplémentaire.

En pratique, détachez ces fiches ou photocopiez-les, puis pliez-les en 3, en faisant apparaître la face avec le titre CPNE en premier.



TRAITEMENT

Il est important d'en parler à un spécialiste : c'est l'**aide psychologique**.

Le suivi psychologique permet de mieux comprendre et accepter ce diagnostic de CPNE.

Le but du traitement est de contrôler, réduire, puis stopper vos crises.

L'objectif de l'aide psychologique est de découvrir ce qui déclenche et favorise vos crises.

L'intérêt est de mieux **identifier** vos émotions et gérer votre stress.

Les médicaments antiépileptiques ne sont pas efficaces.

N'oubliez pas que les personnes atteintes de CPNE sont des **personnes normales avec des crises réelles**.

Sans prise en charge psychologique, vos crises risquent de persister.

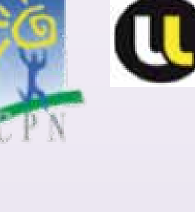
À RETENIR

- Vos crises ne sont pas causées par de l'épilepsie mais elles sont réelles et ont un grand impact sur votre vie.
- Le terme psychogène ne signifie pas que vous simulez ou que vous êtes fou.
- Ce n'est pas votre faute.
- Les crises ne causent pas de dommages au cerveau.
- Accepter et comprendre le diagnostic est la première étape de la guérison.
- L'aide psychologique est utile pour trouver les causes des crises et vous aider à les contrôler.
- Pour que le traitement soit plus facile, il est important d'en parler à vos proches. Vous pouvez leur montrer ce livret et en discuter avec eux.











CPNE

Crises psychogènes non épileptiques

Vos crises psychogènes non épileptiques ressemblent à des crises épileptiques mais elles n'en sont pas.

Vos crises sont réelles.

Elles sont **d'origine psychologique**.

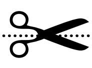
Cette maladie est connue par les spécialistes et fréquente.

Un patient sur 5 adressé à des spécialistes de l'épilepsie souffre de CPNE.

Les médicaments antiépileptiques ne sont pas efficaces pour vos crises psychogènes non épileptiques.

Le seul traitement efficace et reconnu est **l'aide psychologique**.

Fiche destinée aux patients



SYMPTÔMES

Lors d'une crise psychogène non épileptique vous pouvez :

- avoir des mouvements non contrôlés
- perdre contact avec votre environnement
- vous évanouir/tomber à terre
- parler/crier
- ne pas vous souvenir de la crise.

A cela peuvent s'ajouter :

- maux de tête, douleurs
- tristesse/pleurs
- inquiétude/panique
- problèmes urinaires
- problème de mémoire.

Ces symptômes peuvent être confondus avec ceux d'une crise d'épilepsie.

N'oubliez pas :

Vos crises sont de vraies crises avec une origine psychogène.

CAUSES

Les **CPNE** peuvent être liées aux émotions ou au stress.

Souvent, les premières crises sont liées à un stress, à un choc émotionnel ou à des expériences douloureuses.
Au fil du temps, les crises peuvent se produire au hasard et sans avertissement.

> Les causes des crises ne sont pas toujours évidentes ou connues.
> Il se peut que vos crises soient liées à un ou des évènements traumatiques récents ou anciens.

Il est bien connu que le stress peut provoquer des réactions physiques telles que : palpitations, transpiration, maux de tête ou autre…

Une manière d'être affecté par le stress et les émotions est de faire des crises psychogènes non épileptiques.

Votre cerveau "s'éteint" pendant un certain temps et vous n'avez plus le contrôle de vos actions.

QUE DIRE À VOTRE ENTOURAGE ?

« J'ai des crises que je ne peux pas contrôler. »

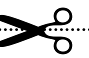
« Elles ressemblent à des crises d'épilepsie mais elles n'ont pas la même cause. »

« Je ne fais pas exprès. »

« Mes crises peuvent être liées au stress. »

« La cause de mes crises n'est pas entièrement comprise. »

> ***J'ai des crises psychogènes non épileptiques :***
>
> - Parlez-moi calmement.
> - Mettez-moi à l'abri des blessures.
> - N'essayez pas de mettre quelque chose dans ma bouche.
> - Mes crises ne causent pas de dommage au cerveau.
> - N'appelez pas d'ambulance sauf si je suis blessé ou si la crise ne s'arrête pas.



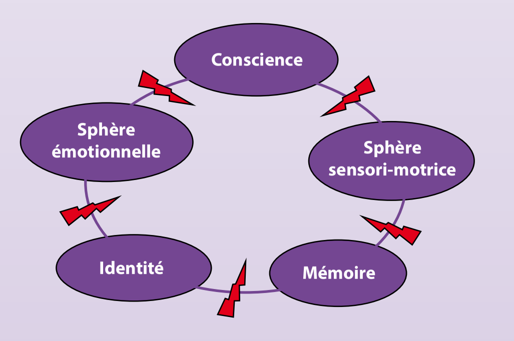
CAUSES

Les mécanismes ne sont pas entièrement élucidés et les causes sont hétérogènes.

Traumatisme comme inducteur de troubles dissociatifs

75 % ont des antécédents traumatiques sévères (abus sexuels, physiques, émotionnels, décès brutal…).
70 % ont une forte tendance dissociative.

La dissociation est une perte d'unité transitoire entre :



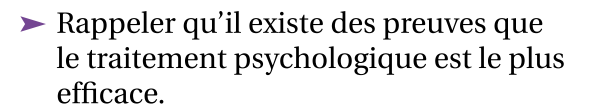
C'est un mécanisme de défense face au traumatisme, qui peut s'intensifier et se chroniciser de manière pathologique.

Déterminants neurobiologiques

20 % ont des difficultés d'apprentissage.
20 % de traumas crâniens, d'épilepsie, d'anomalies IRM…

Perturbations émotionnelles

Alexithymie quasi constante.

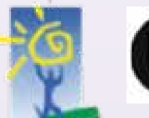


STRATÉGIES DE COMMUNICATION

- Rappeler qu'il existe des preuves que le traitement psychologique est le plus efficace.
- Affirmer que les crises peuvent diminuer et disparaître.
- Annoncer que les causes des crises peuvent être difficiles à déterminer.
- Aider à comprendre ce qui déclenche les crises et à sortir du cercle vicieux : plus de stress, plus de crises…
- Rappeler aux patients qu'ils sont écoutés, pris au sérieux, et qu'ils ne sont pas simulateurs.
- Rassurer le patient : c'est une maladie réelle, connue et reconnue par les spécialistes.
- Reconnaître que, même si leurs crises ne sont pas causées par de l'épilepsie, l'impact sur la vie quotidienne est réel et pénible.

Contact : c.hingray@chu-nancy.fr









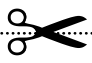
CPNE

Crises psychogènes non épileptiques

Grande attaque à la Charcot, pseudo-crises, crises fonctionnelles sont des noms utilisés pour décrire les crises psychogènes non épileptiques.

- Cette pathologie est encore mal connue.
- Les CPNE sont considérées comme des **troubles dissociatifs** dans la CIM 10.
- Ces crises prennent l'apparence sémiologique de crises d'épilepsie.
  La plupart des patients sont d'ailleurs diagnostiqués et traités comme tels.
- Aujourd'hui, **1 patient sur 5** adressé à un neurologue épileptologue se révèle avoir des CPNE.
- **Le traitement le plus adapté est psychiatrique ou psychologique.**
  Les antiépileptiques sont inefficaces.
- 10 à 20 % des patients ayant des CPNE souffrent aussi d'épilepsie.





DIAGNOSTIC

5 personnes sur 100 000 par an présentent des CPNE
(incidence similaire à celle de la SEP).

La plupart des patients ont été diagnostiqués et traités comme épileptiques pendant plusieurs années.

Un examen en vidéo-EEG permet de poser le diagnostic.

SYMPTÔMES

La symptomatologie des CPNE est très proche de celle retrouvée dans l'épilepsie. C'est la raison pour laquelle les CPNE sont souvent confondues avec de l'épilepsie pharmacorésistante.

Ni la perte d'urine, ni les blessures au cours d'une crise ne permettent d'éliminer des CPNE.

Une crise très longue avec fluctuations, des mouvements de l'axe du corps, une verbalisation ou des pleurs peuvent être en faveur de CPNE, mais ne sont pas des signes pathognomoniques.

ETIOPATHOGÉNIE

COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES :
fréquentes (au moins 70 %)

Troubles dépressifs, troubles anxieux, dont SSPT, et autres troubles somatoformes/dissociatifs.

Il est important de les identifier et de les traiter à l'aide d'IRS, si besoin, et de techniques psychothérapeutiques.

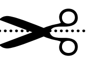
AXES DE TRAITEMENT

Reprendre l'annonce diagnostique avec le patient et des proches.
Il faut travailler sur la compréhension, l'acceptation et le vécu émotionnel liés à cette annonce.

Créer une alliance thérapeutique
Identifier, expliquer et travailler les **3P :**

- **Facteurs Prédisposants**
  Expliquer le mécanisme dissociatif, repérer les symptômes, travailler sur les émotions (identification/verbalisation), travailler sur les traumas et leur verbalisation…
- **Facteurs Précipitants**
  Favoriser le sentiment de contrôle des crises, apprendre des techniques de gestion du stress, résolution de problèmes et de relaxation.
- **Facteurs Perpétuants**
  Limiter les bénéfices secondaires, éviter le cercle vicieux (stress → crise), favoriser les contacts sociaux et les activités.

Les TCC ont démontré leur efficacité mais d'autres techniques peuvent être utilisées : **thérapies brèves, thérapies systémiques, hypnose, approche psychodynamique, EMDR…**



SYMPTÔMES

La symptomatologie des CPNE est très proche de celle retrouvée dans l'épilepsie. C'est la raison pour laquelle les CPNE sont souvent confondues avec de l'épilepsie pharmacorésistante.

Ni la perte d'urine, ni les blessures au cours d'une crise ne permettent d'éliminer des CPNE.

Une crise très longue avec fluctuations, des mouvements de l'axe du corps, une verbalisation ou des pleurs peuvent être en faveur de CPNE mais ne sont pas des signes pathognomoniques.

COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

Elles sont présententes dans 70 % des cas : troubles dépressifs, troubles anxieux dont syndrome de stress post-traumatique ou autres troubles somatoformes dissociatifs.

PERTURBATIONS ÉMOTIONNELLES

Elles se manifestent par une difficulté à identifier et verbaliser ses émotions (alexithymie) et une difficulté de gestion émotionnelle.

MISSIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

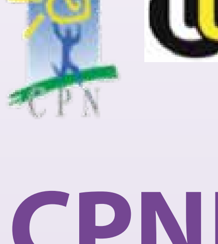
- Eclairer le patient : c'est une maladie réelle, connue et reconnue par les spécialistes.
- Orienter et soutenir fortement le patient dans sa démarche de soins psychologique.
- Ne pas faire de rapprochement avec un besoin d'attention, de la simulation ou de l'hystérie.
- Echanger avec le patient sur l'impact des crises et leur incidence dans le quotidien.
- Travailler en collaboration avec le neurologue pour la diminution et, le cas échéant, l'arrêt des traitements antiépileptiques.
- Maintenir un lien régulier avec le patient.
- Rester disponible.

Contact : c.hingray@chu-nancy.fr











CPNE

Crises psychogènes non épileptiques

Les crises psychogènes non épileptiques (CPNE) sont aujourd'hui encore nommées à tort : pseudo-crises ou fausses crises à la Charcot.

Cette pathologie est encore mal connue.

Ces crises prennent l'apparence sémiologique de crise d'épilepsie. La plupart des patients sont d'ailleurs diagnostiqués et traités comme tels.

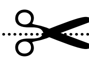
Aujourd'hui, **1 patient sur 5** adressé à un neurologue épileptologue se révèle souffrir de CPNE.

Les **antiépileptiques sont inefficaces**.

Le traitement le plus adapté est le suivi psychiatrique ou psychologique.

10 à 20 % des patients ayant des CPNE souffrent aussi d'épilepsie.

Fiche destinée au médecin traitant



DIAGNOSTIC

5 personnes sur 100 000 par an présentent des CPNE
(incidence similaire à celle de la SEP).

La plupart des patients ont été diagnostiqués et traités comme épileptiques pendant plusieurs années.



Un traitement antiépileptique depuis plusieurs années ne valide pas le diagnostic d'épilepsie.

Toujours penser aux CPNE en cas d'épilepsie pharmacorésistante, de symptômes atypiques ou de comorbidités psychiatriques.

L'enregistrement d'une crise en vidéo-EEG permet de poser le diagnostic.

Le diagnostic est confirmé dans le cadre de consultations pluridisciplinaires neurologique et psychiatrique.

ETIOPATHOGÉNIE

FACTEURS PREDISPOSANTS

- **Traumatismes : 75%**
- **Facteurs neuro-cognitifs** : *difficultés d'apprentissage, traumatisme crânien, épilepsie…*
- **Comorbidités psychiatriques**
- **Perturbations émotionnelles/Alexithymie**
- **Forte tendance dissociative**
- **Dysfonctionnements familiaux**
- **Stratégies de coping** : fuite, évitement
- **Lieu de contrôle de santé externe**

CPNE

FACTEURS PRECIPITANTS

- **Anxiété**, facteurs de stress
- **Emotions** positives/négatives
- **Sentiment d'impuissance**
- **Contrariétés**, frustrations

FACTEURS PERPETUANTS

- **Multiplication des avis**, examens médicaux
- **Forte attention** de l'entourage
- **Bénéfices** financiers, sociaux
- **Refus de l'étiologie psychogène**

CAUSES

Traumatiques

75 % des patients ont des antécédents traumatiques (abus sexuels, physiques, émotionnels, décès brutal, maladie grave…).

Neurobiologiques

20 % des patients ont des antécédents de traumatisme crânien, de difficultés d'apprentissage, ou alors une comorbidité épileptique.

TRAITEMENT « PSY »

L'objectif du traitement psychiatrique est **de stopper ou de réduire l'apparition des crises**. Sans cette prise en charge, les crises risquent de persister à long terme.

Le psychologue, ou le psychiatre, va aider le patient à identifier les 3 types de facteurs : prédisposants, précipitants, perpétuants.

Le travail porte aussi sur l'**identification des émotions et la gestion émotionnelle**.

Les thérapies comme les TCC, l'EMDR, l'hypnose ou la relaxation peuvent être employées.

Les antidépresseurs sont utiles en cas de comorbidités.

Il est important que le patient et son entourage comprennent bien qu'il « n'est pas fou, ni simulateur ».
Ses crises sont bien réelles, avec une véritable incidence sur la qualité de vie.

Votre mission est d'orienter et d'encourager le patient à entreprendre un suivi avec un psychiatre ou un psychologue.